

Prosiding

Seminar Nasional Bimbingan dan Konseling “Konseling Krisis”



UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN
Moral and Intellectual Integrity

**27 Agustus 2016
Auditorium Kampus II UAD
DI. Yogyakarta**

Editor :
Prof. Dr. Siti Partini S.,SU
Dr. Najlatun Naqiyah, M.Pd
Dr. Mumpuniarti, M.Pd
Dr. Soetarno, M.Pd

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL BIMBINGAN DAN KONSELING “Konseling Krisis”

ISBN : 978-602-60115-0-3

Ketua Editor :

Dr. Kusno Effendi, M.Si., M.Pd (Universitas Ahmad Dahlan)

Editor Ahli :

Prof. Dr. Siti Partini Suardiman, SU. (Universitas Ahmad Dahlan)

Dr. Najlatun Naqiyah, M.Pd (Universitas Negeri Surabaya)

Dr. Mumpuniarti, M.Pd (Universitas Negeri Yogyakarta)

Dr. Soetarno, M.Pd (Universitas Ahmad Dahlan)

Editor Pelaksana :

Wahyu Nanda Eka Saputra, M.Pd., Kons (Universitas Ahmad Dahlan)

Caraka Putra Bhakti, M.Pd (Universitas Ahmad Dahlan)

Agus Ria Kumara, M.Pd (Universitas Ahmad Dahlan)

Desain Sampul : Fajar Irfani Setyawan

Layout : Agus Supriyanto, M.Pd

Penerbit dan Redaksi:

Prodi Bimbingan dan Konseling

Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan - Universitas Ahmad Dahlan

Kampus II UAD

Jl Pramuka 42 Sidikan, Umbulharjo, Yogyakarta

Telp: (0274) 563515, 511830, 379418, 371120

Fax (0274) 564604

Email: seminarnasionalbkuad@gmail.com

Cetakan Pertama: Agustus 2016

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan

Dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SAW, karena atas karunia-Nya, prosiding Seminar Nasional Konseling Krisis telah dilaksanakan pada Sabtu, 27 Agustus 2016 di ruang Auditorium Universitas Ahmad Dahlan, yang diselenggarakan oleh program studi Bimbingan dan Konseling Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Ahmad Dahlan.

Seminar nasional ini diselenggarakan sebagai media sosialisasi dan komunikasi hasil penelitian maupun hasil pemikiran tentang teori dan praktik penyelenggaraan konseling krisis sebagai wujud penguatan profesi konselor di Indonesia. Seminar Nasional ini merupakan ajang tukar menukar informasi dan pengalaman, ajang diskusi ilmiah, dan peningkatan secara berkesinambungan penyelenggaraan layanan Bimbingan dan Konseling yang profesional dalam berbagai setting.

Prosiding ini memuat berbagai karya tulis dari hasil-hasil penelitian serta gagasan ilmiah tertulis tentang teori dan praktik konseling krisis. Makalah-makalah yang termuat dalam prosiding ini berasal dari mahasiswa, dosen, dan praktisi. Semoga penerbitan ini dapat digunakan sebagai acuan dan praktis penyelenggaraan layanan konseling krisis di Indonesia. Selain itu, besar harapan bahwa prosiding ini dapat memunculkan pemikiran-pemikiran baru terhadap pelaksanaan penelitian selanjutnya yang terkait konseling krisis. Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu, kami ucapkan terima kasih.

Yogyakarta, 27 Agustus 2016
Ketua Prodi Bimbingan dan Konseling
Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan
Universitas Ahmad Dahlan

Dody Hartanto, M.Pd
NIY. 60090563

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Redaksi.....	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi.....	v
Urgensi Konseling Krisis pada Masyarakat Indonesia	1
(Najlatun Naqiyah)	
Layanan Konseling Krisis bagi Anak Usia Dini Korban Bencana	10
(Prima Suci Rohmadheny, Indah Setianingrum & Wahyu Nanda Eka Saputra)	
Peran Konselor dalam Memberikan Layanan Konseling Komunitas bagi Korban Bencana Alam di Indonesia	17
(Andika Ari Saputra)	
Membangkitkan Motivasi Belajar Siswa untuk Meningkatkan Hasil Belajar Siswa SMP	23
(Said Alhadi, Bambang Budi Wiyono, Triyono & Nur Hidayah)	
Bimbingan dan Konseling bagi Peserta Didik Penyandang Autis	30
(Aisha Nadya)	
Peranan Filsafat Konstruktivisme dalam Pendidikan Bimbingan dan Konseling	41
(Augusto da Costa, Fatah Hanurawan, Adi Atmoko & Immanuel Hitipiew)	
Layanan Konseling Kelompok Teknik Restrukturisasi Kognitif untuk Menangani Trauma Pasca Bencana	51
(Indana Zulfa & Ismi Komariatun Nisa)	
Konseling Kelompok Berbasis Experiential Learning bagi Korban Bencana Alam yang Mengalami <i>Post-Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD)	58
(Santy Andrianie)	
Konseling untuk Pemulihan Kondisi Remaja Eks Penyalahguna Narkoba	68
(Silvia Yula Wardani)	
Mengatasi <i>Mental Block</i> Pada Remaja melalui <i>Cognitive Therapy</i> (CT).....	77
(Noviyanti Kartika Dewi)	

Bimbingan dan Konseling Islami sebagai Bagian Pendekatan bagi Remaja Pecandu Narkoba	86
(Ratna Fitriyani & Devi Trianasari)	
Konseling Psikoanalisis (Solusi yang Ditawarkan Menuju Remaja Sehat Tanpa Zat Psikoaktif)	96
(Yuanita Dwi Krisphianti & Muya Barida)	
Tinjauan Ekologis dan sebuah Pendekatan Kolaboratif sebagai Upaya Intervensi Problem Perilaku pada Remaja.....	105
(Ruly Ningsih)	
<i>Posttraumatic Growth</i> pada Pecandu Narkoba (Landasan Pengembangan Program Konseling Pecandu Narkoba pada Proses Rehabilitasi).....	113
(Nurlita Hendiani & Agus Supriyanto)	
Larangan Mengkonsumsi Narkoba dalam Islam	122
(Amien Wahyudi)	
Pendekatan Feminisme melalui Layanan Konseling Krisis sebagai Intervensi Kekerasan dalam Pacaran.....	128
(Suvia Gustin & Hardi Prasetiawan)	
Peran Keluarga dalam Mengembangkan Potensi Anak Autism Spectrum Disorder	145
(Muya Barida & Yuanita Dwi Krisphianti)	
<i>Solution Focus Brief Group Counseling: Model Konseling untuk Mengurangi Perilaku Agresif Siswa</i>	159
(Dita Kurnia Sari)	
Manajemen Personel Bimbingan dan Konseling.....	173
(Dwi Putranti)	
Manajemen Amarah: Strategi untuk Mengurangi Perilaku Agresi Siswa Sekolah Menengah.....	180
(Erni Hestiningrum)	

PERAN KELUARGA DALAM MENGEMBANGKAN POTENSI ANAK *AUTISM SPECTRUM DISORDER*

Muya Barida¹⁾, Yuanita Dwi Krisphianti²⁾
Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta¹⁾, Universitas Nusantara PGRI Kediri²⁾
moza_barid@yahoo.com, ju.wahyu@gmail.com

Abstrak

Keluarga memberikan bekal kepada anak untuk hidup di dalam masyarakat, termasuk anak dengan *Autism Spectrum Disorder* (ASD). Namun tidak semua keluarga siap menerima dan menolak keadaan anak ASD sehingga menimbulkan dampak-dampak tertentu. Dampak bagi keluarga antara lain dampak emosional, perkawinan, saudara kandung, finansial, gangguan hubungan sosial, dampak umum, dan coping. Sementara dampak bagi anak ASD yang tidak menerima keadaannya antara lain depresi, neurotic, cemas, merasa kesepian, pobia, harga diri yang rendah dan merasakan bahwa dirinya lemah, mengembangkan pola-pola perilaku dan syndrome emosional seperti agresif dan impuls bermusuhan, tindakan nakal, mengalami perasaan mati rasa emosional dan kurangnya ekspresi emosional. Adapun tahapan penolakan hingga penerimaan anak dengan ASD meliputi tahap *denial and isolation*, *anger*, *bargaining*, *depression* dan *acceptance*. Keluarga sangat berperan terhadap pengembangan potensi anak ASD. Peran ini dapat tercapai seperti yang seharusnya apabila telah mencapai tahap *acceptance*. Adapun peran keluarga dalam mengembangkan potensi anak ASD tersebut antara lain sebagai *planner*, *executor*, *implementer*, *evaluator*, dan *follow up*.

Kata kunci: Peran Keluarga, Potensi Anak, Autism Spectrum Disorder

1. Pendahuluan

Lahir dalam keadaan sehat, normal, cantik atau tampan merupakan harapan keluarga bagi setiap kelahiran seorang anak. Harapan terus bertumbuh hingga anak lahir. Tidak jarang keluarga khawatir atau takut terhadap anak yang dilahirkan apalagi jika harapan mereka ternyata tidak sesuai, yaitu lahir dalam keadaan disabilitas.

WHO (dalam Rotary, 2016) mendefinisikan disabilitas atau *disability* sebagai suatu pelemahan, keterbatasan

aktivitas, dan halangan dalam berpartisipasi secara fisik, emosional, sensori, mental, kognitif, maupun kombinasi dari sifat-sifat ini. Salah satu disabilitas dengan sifat kombinasi ini adalah *autism spectrum disorder* (ASD). Anak ASD tidak hanya mengalami masalah perilaku tetapi juga kemampuan intelektual, tingkat perkembangan bahasa, keterampilan motorik dan perilaku, perbedaan sensorik, dan komunikasi sosial serta perilaku emosional dan responsivitas (Amaral et al, 2011).

Kelahiran anak ASD ini memberikan tantangan yang tidak mudah bagi keluarga untuk menerima keadaan tersebut. Tantangan tidak hanya berasal dari faktor internal, namun juga faktor eksternal. Diagnosis anak ASD tidak hanya mengubah kehidupan anak tetapi juga anggota keluarga.

Adapun pengaruh anak ASD dalam keluarga antara lain: 1) Dampak emosional, 2) Dampak perkawinan, 3) Dampak saudara kandung, dan 4) Dampak finansial (Paltrow, 2015). Dampak emosional, bahwa orang tua mengalami stress yang lebih tinggi daripada orang tua lain dengan anak normal karena malu kepada masyarakat, merasa terisolasi secara sosial, frustrasi terhadap perbedaan pengalaman *parenting* yang mereka miliki dan anak yang mereka hadapi, kesalahan berpikir yang harus mereka tanggung untuk tantangan anak mereka, putus asa karena sifat disabilitas yang tidak dapat disembuhkan, marah terhadap diri mereka sendiri, dokter dan pasangan, dan merasa kewalahan. Dampak perkawinan, bahwa orang tua sering menerima diagnosis disabilitas pada waktu yang berbeda dan dalam cara yang berbeda yang menyebabkan konflik, menghabiskan waktu bersama menjadi sulit karena banyaknya komitmen dan inkonsistensi

schedule, sering terjadi pertentangan untuk menemukan tempat perawatan anak, dan stress finansial yang dapat menyebabkan masalah antar pasangan. Dampak saudara kandung, bahwa anak disabilitas memerlukan perhatian dan waktu yang lebih sehingga menyebabkan saudara kandung merasa ditinggalkan dan benci kepada anak ASD. Pengaruh finansial, bahwa biaya *treatment* bagi anak disabilitas dan terapis tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan dan sangat mahal. Berbagai pengaruh ini merupakan tantangan yang harus dihadapi oleh keluarga dengan bijaksana.

Tait & Mundia (2012) mengemukakan hasil penelitian bahwa dampak bagi keluarga yang memiliki anak ASD antara lain: 1) Dampak finansial, dengan rata-rata 5,43; 2) Gangguan hubungan sosial, dengan rata-rata 20,70; 3) Dampak umum, dengan rata-rata 25,77; dan 4) Coping, dengan rata-rata 6,30. Dampak finansial bagi keluarga, yaitu adanya kebutuhan ekonomi yang semakin tinggi. Biaya yang dikeluarkan keluarga untuk membayar pusat terapi dan kenyataan tidak adanya subsidi dari pemerintah. Gangguan hubungan sosial, bahwa keluarga dengan anak ASD menghabiskan waktu penting mereka untuk tinggal di rumah dan menghabiskan

banyak waktu untuk menemani anak ASD menjalani terapi, terpisah dari teman-teman, tetangga dan keluarga besarnya yang tidak tinggal bersamanya. Dampak umum, yaitu adanya perasaan stress keluarga sehingga keluarga tidak dapat berfungsi secara normal. Coping merupakan dampak positif yaitu keluarga berusaha untuk manajemen disabilitas anak ASD dari distress kehidupan. Diharapkan setiap keluarga dengan ASD dapat memiliki dampak coping ini walaupun memang sebagian besar keluarga terutama ayah atau ibu tidak langsung menerima keadaan anak ASD.

Penelitian Al-Qaisy (2012) juga menyebutkan bahwa keluarga terutama ibu di berbagai usia mengalami stress tingkat tinggi terhadap anak disabilitas. Ibu dipandang sebagai orang yang paling dekat dengan anak sehingga wajar saja bahwa tingkat stress seorang ibu lebih tinggi dari seorang ayah. Seringkali seorang ayah menunjukkan tidak berkomunikasi yang mendukung terhadap layanan khusus bagi anak disabilitas, kehilangan waktu kritis untuk manajemen anak disabilitas dan tidak terlibat secara aktif dalam pembuatan keputusan medis (Huang et al, 2011). Keadaan keluarga yang seperti ini dapat menimbulkan dampak yang semakin memperparah

kondisi disabilitas anak, karena penerimaan keluarga merupakan kunci pertama bagi anak untuk tumbuh.

Aydin & Yamaç (2014) mengindikasikan asosiasi yang positif antara perilaku penolakan-penerimaan dan sikap orang tua dalam membesarkan anak yang mengalami disabilitas. Orang tua yang mampu menerima keadaan anak dapat memberikan layanan yang dibutuhkan oleh anak ASD. Sementara orang tua yang menolak keadaan anaknya yang ASD tidak akan berpikir untuk mendukung keberhasilan yang dapat dicapai oleh anak.

Penolakan lain dapat dicontohkan dengan beberapa kasus, antara lain: 1) Keluarga yang menolak anak ASD berpikir irasional bahwa anaknya normal seperti anak lain hanya saja perkembangan bahasa dan kemampuan berjalan terlambat, serta belum berani untuk melakukan komunikasi dengan orang lain; 2) Sesuai hasil diagnosis keluarga memahami bahwa anaknya ASD namun tidak mau untuk terlibat dalam pengasuhan dan perawatan anak; dan 3) Setelah anak diberikan *treatment* oleh orang yang dianggap ahli kemudian tidak berhasil, keluarga langsung puas dan tidak mengambil alternatif lain.

Sikap dan perilaku orang tua sesuai penjelasan-penjelasan di atas dapat membawa dampak perkembangan secara negatif bagi anak ASD. Anak yang dapat diintervensi secara dini atau di bawah dua tahun akan dapat berkembang sesuai kemampuannya, namun apabila tidak segera diintervensi maka anak yang seharusnya mampu meningkatkan kemampuannya menjadi sangat tertinggal dan akhirnya dianggap sebagai anak yang tidak berguna. Ahmed et al. (2010) menjelaskan bahwa orang tua yang menolak anaknya yang mengalami ASD maka anak ASD tersebut akan menginternalisasikan masalah-masalah yang muncul sebagai suatu depresi, neurotic, cemas, merasa kesepian, pobia, harga diri yang rendah dan merasakan bahwa dirinya lemah. Selain itu bisa saja anak mengembangkan pola-pola perilaku dan syndrome emosional seperti agresif dan impuls bermusuhan, menunjukkan tindakan nakal, mengalami perasaan mati rasa emosional dan kurangnya ekspresi emosional.

Penerimaan keluarga terhadap anak ASD memang tidak mudah. Sebagian langsung menerima, namun sebagian lagi melalui proses yang sangat panjang hingga akhirnya dapat menerima. Kubler-Ross (dalam Pomeroy & Garcia, 2009)

dengan model kubler-ross menyampaikan bahwa paradigm keluarga mengalami duka cita terhadap keadaan disabilitas anak hingga terjadi penerimaan melalui lima tahap, yaitu: 1) *Denial and isolation* atau tahap penolakan dan isolasi, 2) *Anger* atau tahap kemarahan, 3) *Bargaining* atau tahap tawar menawar, 4) *Depression* atau tahap depresi, dan 5) *Acceptance* atau tahap penerimaan. Selama tahap penolakan dan isolasi, keluarga sulit untuk mengerti kenyataan bahwa anaknya ASD. Tahap kemarahan, keluarga berpandangan seolah-olah hidupnya tidak adil karena anaknya ASD. Tahap tawar menawar, keluarga mulai membuat suatu kesepakatan terhadap keadaan anaknya yang ASD. Tahap depresi, dikenal dengan rasa kehilangan yang teramat sangat serta ada penyesalan terhadap sikap penolakan dan kemarahan keluarga selama ini terhadap anak ASD. Tahap penerimaan, yaitu keluarga mengatasi perasaan marah dan sedihnya serta tidak ada lagi emosi dan perasaan hampa.

Tahap satu hingga empat membuat keluarga tidak berpartisipasi dalam perkembangan ke arah maju bagi anak ASD. Padahal sudah seharusnya keluarga melibatkan diri secara aktif untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang positif dari anak,

mengingat bahwa ada interaksi antara keterlibatan keluarga dan pencapaian atau kesuksesan akademik anak. Keyakinan, harapan dan pengalaman keluarga merupakan bumbu-bumbu yang penting untuk mendukung hasil belajar yang lebih baik bagi anak (Afolabi, 2014). Keluarga yang memiliki keyakinan kuat bahwa anak ASD mempunyai suatu potensi yang dapat dikembangkan, harapan mengenai keberhasilan potensi anak tanpa memaksakan suatu pencapaian yang harus diraih anak, dan pengalaman tentang perkembangan anak ASD dari waktu ke waktu, secara langsung maupun tidak langsung dapat meningkatkan keberhasilan anak ASD.

Berhasil dan tidaknya anak ASD sangat ditentukan oleh peran keluarga untuk mengenali anak ASD sejak dini, menemukan bakat dan minat anak ASD, serta mengarahkan pada aktivitas yang mendukung bakat dan minat anak ASD. Berdasarkan berbagai penjelasan di atas, maka perlu dikaji peran keluarga terutama ayah dan ibu dalam mengembangkan potensi anak *autism spectrum disorder*.

2. Pembahasan

a. Anak dengan *Autism Spectrum Disorder*

Autism Spectrum Disorder (ASD) telah ditemukan sejak tahun 1943. Jumlah anak yang mengalami ASD dapat terbilang tinggi. Frith (dalam Worth, 2005) mengungkapkan bahwa prevalensi sekitar 60 dari 10.000 penduduk mengalami ASD. Risiko ASD terhadap anak laki-laki dan perempuan dengan perbandingan sekitar 4:1 (Amaral et al., 2011).

Upaya melakukan definisi terhadap anak ASD harus hati-hati. Seringkali orang menyebut bahwa ASD adalah anak yang hidup dengan dunianya sendiri yang disebabkan oleh pola asuh yang salah. Perilaku yang muncul dari definisi salah ini karena orang tua mendidik anak dengan pola otoriter sehingga anak menarik diri dari lingkungan sosial, padahal itu hanya suatu bentuk perilaku *withdrawl*.

Menurut Solek (2016), istilah *Autism Spectrum Disorder* ini muncul dari DSM V yang sebelumnya pada DSM I & DSM II istilah yang digunakan adalah *schizophrenic reaction (childhood type)*. DSM III istilah yang digunakan yaitu *childhood onset PDD, infantile autism, Atypical autism*. Istilah dalam DSM III R

yaitu *pervasive developmental disorder* (PDD) yang mencakup PDD-NOD dan *autistic disorder*. Selanjutnya pada DSM IV digunakan istilah *pervasive developmental disorder* (PDD) yang mencakup PDD-NOS, *autistic disorder*, *Asperger disorder*, *childhood disintegrative disorder*, dan *rett syndrome*.

ASD mengarah pada suatu kumpulan gangguan atau kelainan perkembangan individu. Rossi et al. (2014) menguraikan bahwa ASD merupakan gangguan *neurodevelopmental* yang mencakup *autistic disorder*, *Asperger syndrome*, dan *pervasive developmental disorder not otherwise specified* (PDD-NOS) yang dikarakteristikan oleh abnormalitas dalam satu atau lebih domain penggunaan bahasa, interaksi sosial timbal balik, dan/atau suatu pola ketertarikan yang terbatas atau perilaku stereotip. Bahasa yang digunakan aneh, minim untuk berinteraksi dengan orang lain, sangat terbatas tertarik pada suatu hal dan apabila sudah tertarik akan sangat menekuni, serta sering loncat-loncat, kadang menyakiti diri sendiri, dan senyum sendiri.

Senada dengan pendapat di atas, Zager (2005) menyampaikan bahwa ASD merupakan gangguan konektivitas *neurodevelopmental*. Gangguan ini diduga

karena abnormalitas struktural dan fungsional bagian otak yang utamanya bertanggungjawab terhadap fungsi sosial, komunikasi dan fungsi eksekutif (misalnya *orbitofrontal cortex* dan bagian *temporal lobe* dan yang berkaitan dengan *limbic system*). Ada beberapa penyebab terjadinya ASD, misalkan etiologi genetic (dengan kata lain disebabkan oleh gen khusus, gangguan genetic yang lebih umum seperti beberapa yang disebabkan oleh *tuberous sclerosis* dan *fragile X syndrome*).

Amaral et al. (2011) sependapat dengan Zager bahwa ASD tidak disebabkan oleh faktor biologis atau salah asuh keluarga terhadap anak, ras, etnis, dan kelas sosial ekonomi. ASD diakui sebagai gangguan *neurodevelopmental* yang nyata dalam masa bayi atau kanak-kanak dan mencakup keterlambatan dan penyimpangan dalam domain perilaku tiga serangkai yaitu interaksi sosial timbal balik, komunikasi, dan ketertarikan terbatas serta perilaku repetitive. ASD ini mencakup *Asperger syndrome*, PDD-NOS, *rett's disorder* dan *childhood disintegrative disorder* (CDD).

Lebih lanjut Worth (2005) menyebutkan tentang teori *mind mechanism*. Teori ini menyoroti tiga elemen yang berasumsi pada pemikiran

dan maksud orang yang lebih mungkin untuk bertahan dan sukses di dunia yang penuh persaingan. Ketiga elemen tersebut adalah: 1) Deteksi gerakan dan maksud, 2) Kemampuan untuk menentukan arah seseorang ke mana mata melihat, dan 3) Perhatian yang dibagi kepada objek yang sama. Anak ASD mengalami gangguan dalam memahami maksud orang lain, tak mampu melakukan kontak mata dalam waktu yang lama dengan orang lain, dan minim perhatian terhadap sesuatu. Anak ASD cenderung berpikir secara visual sehingga ide mereka didominasi oleh aktivitas visual dalam suatu situasi. Anak ASD juga tidak tahu tentang pemikiran orang lain. Mereka mungkin mampu untuk belajar bagaimana menganalisis teka teki singkat misalnya bermain puzzle, tetapi mereka harus sadar berusaha untuk belajar. Mereka juga tidak mampu memahami secara intuitif seperti orang normal.

Berdasarkan berbagai pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa anak ASD menunjukkan gangguan dalam komunikasi dan interaksi, perilaku yang maladaptive, perilaku yang rigid, repetitive serta mempunyai minat yang terbatas. Adapun area perkembangan yang terganggu yaitu domain interaksi sosial, komunikasi atau

bahasa, perilaku, emosi, motoric, persepsi sensoris, dan kognisi.

Area perkembangan di atas harus diperhatikan untuk mengoptimalkan potensi anak ASD. Keseluruhan area perkembangan sangat menentukan intervensi yang akan diberikan serta melakukan prediksi *outcome* jangka panjang yang dapat dicapai anak. Adapun dalam kemampuan kognitif anak ASD dapat diukur berdasarkan tingkat intelegensi, yaitu 1) *Low function*, dengan kriteria keterbelakangan mental berat (IQ < 45) dan kompleksitas gejala sangat berat; 2) *Middle function*, dengan kriteria keterbelakangan mental sedang (IQ 46-60) dan kompleksitas gejala cukup berat; dan 3) *High function*, dengan kriteria keterbelakangan mental ringan atau borderline namun ada sebagian kecil dengan IQ normal atau di atas rata-rata (IQ kisaran 61-74) dan kompleksitas gejala minim (Solek, 2016). Sebagian besar anak ASD memiliki IQ di bawah normal atau *low functioning*. Sedangkan bagi anak ASD dengan IQ di atas rata-rata dimungkinkan terjadi pada kasus *Asperger syndrome disorder*.

Lebih lanjut Solek (2016) menambahkan bahwa IQ juga dapat dijadikan tolak ukur terhadap potensi yang dapat dikembangkan anak ASD. Anak

dengan IQ 70-84 termasuk dalam terminology pendidikan *slow learner* sehingga dapat mengikuti pendidikan hingga kelas enam. Dalam kehidupan sehari-hari dia bisa mandiri, sementara dalam pekerjaan dia dapat dipekerjakan. Anak dengan IQ 55-69 termasuk dalam terminology pendidikan dapat diajari sehingga dapat mengikuti pendidikan hingga kelas empat atau lima. Dalam kehidupan sehari-hari relative mandiri, sementara dalam pekerjaan dia memerlukan pelatihan khusus. Anak dengan IQ 40-54 termasuk dalam terminology pendidikan dapat dilatih sehingga dapat mengikuti pendidikan hingga kelas satu atau dua. Dalam kehidupan sehari-hari dia mampu berpakaian, menggunakan toilet dan menyiapkan makanan sendiri, sementara dalam pekerjaan dia dapat bekerja di bawah pengawasan. Anak dengan IQ 25-39 termasuk dalam terminology di bawah dapat dilatih atau *sub-trainable* sehingga sangat tidak mungkin untuk membaca dan menulis atau bersekolah. Dalam kehidupan sehari-hari dia dapat ke toilet dengan dilatih dan berpakaian dengan bantuan, sementara dalam pekerjaan dia tetap dapat dipekerjakan dengan pengawasan.

Berdasarkan penjelasan di atas menunjukkan bahwa potensi anak ASD dapat dikembangkan sesuai dengan batasan yang mampu mereka capai. Banyak anak ASD yang dapat mengoptimalkan potensi mereka. Ada anak ASD yang menjadi penyanyi, *keyboardist*, bahkan *saxophonist*. Pratawijaya (2014) merangkum individu ASD yang berprestasi, antara lain: 1) Daniel Tammet, mampu berbicara dalam sepuluh bahasa yang berbeda; 2) Temple Grandin, seorang dokter hewan, penulis buku, dan konsultan industry peternakan, 3) Matt Savage, seorang musisi; 4) Satoshi Tajiri, seorang desainer video game; dan 5) Tim Page, seorang penulis, editor, kritikus musik, produser dan professor. Selain itu, Ivan Ufiq Ishafan, seorang pelukis (Sunaryo, 2013). Ayuk (2014) menyebutkan individu ASD yang berhasil, antara lain: 1) Daniel Edward Aykroyd, seorang actor dan penulis scenario; 2) Stanley Kubrick, seorang sutradara film; 3) Nikolas Tesla, seorang penemu dan seorang mekanis; 4) Lewis Carroll, pencipta kisah Alice in Wonderland; 5) Michaelangelo, seorang seniman; 6) Thomas Jefferson, presiden Amerika Serikat ketiga; 7) Mozart, seorang seniman music klasik; dan 8) Charles Darwin, seorang ahli biologi.

Keberhasilan yang dapat dicapai oleh orang-orang yang telah disebutkan di atas menunjukkan bahwa keluarga dengan anak ASD tidak seharusnya menyerah dan menganggap “dunianya berakhir”. Pencapaian itu dapat diraih anak apabila semua pihak yang secara relevan berkaitan dengan anak, terutama keluarga dapat menjalankan perannya dengan baik.

b. Peran keluarga

Keluarga merupakan persatuan antara dua orang dan pihak-pihak yang terkait dengan kedua orang tersebut dalam suatu ikatan. Keluarga dapat diklasifikasikan menjadi beberapa bentuk. Bentuk keluarga ini menggambarkan perbedaan sosial, tingkah laku, kultur serta gaya hidup (Ali, 2006). Sussman et al. (dalam Ali, 2006) mengklasifikasikan keluarga menjadi tujuh bentuk yaitu: 1) Keluarga inti, yang terdiri dari seorang suami sebagai pencari nafkah, seorang istri sebagai ibu rumah tangga (keluarga inti tradisional) atau pekerja/berkarier (keluarga inti nontradisional) dan anak-anak atau tanpa anak; 2) Keluarga besar tradisional, yang terdiri dari pasangan suami istri yang tinggal bersama, melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga bersama dengan orang tua, sanak saudara dan kerabat lain dalam keluarga tersebut; 3) Keluarga dengan orang tua

tunggal, yang memiliki satu kepala rumah tangga baik ayah atau ibu saja dikarenakan pasangannya meninggal atau tidak menikah; 4) Individu dewasa yang hidup sendiri, yaitu hidup berkelompok misalnya di panti asuhan maupun hidup menyendiri; 5) Keluarga dengan orang tua tiri; 6) Keluarga binuclear, yaitu suami istri yang sudah bercerai dan masing-masing mempunyai keluarga baru sehingga anak menjadi anggota dari dua sistem keluarga inti; dan 6) Bentuk variasi keluarga nontradisional, yang meliputi bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain baik dalam struktur maupun dinamikanya misalnya perkawinan terbuka, pasangan kumpul kebo, perkawinan kelompok, dan keluarga gay.

Suatu keluarga juga memiliki struktur yang mencerminkan fungsi keluarga. Struktur keluarga ini mempunyai beberapa komponen. Menurut Parad dan Caplan (dalam Suprajitno, 2003), elemen struktur keluarga meliputi: 1) Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai-nilai, budaya atau peraturan yang dipelajari dan diyakini oleh anggota keluarga; 2) Pola komunikasi keluarga, menggambarkan pola atau cara berkomunikasi antara ayah-ibu atau orang tua, orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan keluarga inti

dengan anggota keluarga lain; 3) Kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi atau mengontrol orang lain untuk mengubah perilaku keluarga; dan 4) Peran keluarga, menggambarkan peran setiap anggota keluarga dalam keluarga sendiri maupun lingkungan sekitar.

Peran keluarga ini sangat penting, bahkan peneliti, pengambil kebijakan dan pendidik mengakui peran keluarga dalam membentuk pencapaian anak (Levitt et al., 2016). Surbakti (2009) menjelaskan bahwa keluarga berperan terhadap pembentukan budi pekerti anak. Hal ini dikarenakan pembentukan dan perkembangan budi pekerti dipengaruhi oleh keadaan atau kondisi yang sifatnya relatif lama. Keadaan dan kondisi yang lama dihadapi oleh anak di dalam lingkup keluarga. Selain itu juga keluarga merupakan tempat utama dan pertama bagi anak untuk belajar, berkembang dan memperoleh perlindungan.

Ali (2006) mendeskripsikan peran masing-masing anggota keluarga yang juga merupakan bagian dari masyarakat yaitu: 1) Ayah, sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pendidik, pelindung atau pengayom, dan pemberi rasa aman bagi anggota keluarga; 2) Ibu, sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh

anak, pendidik anak, pelindung, dan sebagai pencari nafkah tambahan bagi keluarga; dan 3) Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual. Peran dari seorang ayah, ibu dan anak yang telah disebutkan ini merupakan kondisi yang ideal.

Kondisi yang tidak ideal dapat berlaku pada seorang anak. Anak tidak mampu menjalankan perannya karena mengalami disabilitas dalam aspek-aspek perkembangannya misalnya anak *autism spectrum disorder* (ASD). Keluarga yang memiliki anak ASD seharusnya menjalankan peran dengan porsi lebih, terutama dalam: 1) Memahami disabilitas, 2) Menerima disabilitas, dan 3) Memfungsikan keluarga (Amaya & Tomasini, 2014). Keluarga hendaknya mencari informasi, menjelaskan, dan menyelami disabilitas anaknya. Keluarga juga mengakui dan mencari solusi permasalahan disabilitas anak. Selain itu, keluarga juga menciptakan suatu pola hubungan yang sehat serta berkolaborasi untuk membangun kondisi yang harmonis.

Upaya keluarga untuk memahami disabilitas anak ASD antara lain berpartisipasi dalam asesmen, yaitu: 1) Secara sistematis mengumpulkan data tentang perilaku anak di rumah, 2)

Mengamati dan menilai perilaku anak, 3) Memahami perkembangan anak sejak dini, 4) Mengenal perilaku yang mengganggu pembelajaran, 5) Mengembangkan harapan yang lebih realistis bagi anak, 6) Memonitoring proses dan perubahan anak dari waktu ke waktu, dan 7) Berpartisipasi dalam keputusan tim berkenaan dengan tujuan-tujuan dan remediasi (Zager, 2005). Keluarga secara kritis mengamati perilaku anak sejak dini, menganalisis perilakunya dari hari ke hari, dan mengevaluasi perkembangan di usia mereka. Selain itu keluarga juga melakukan diskusi dan memutuskan intervensi yang harus diberikan bagi anak ASD.

Keluarga yang sudah melakukan remediasi kepada ahli atau terapis untuk memberikan suatu intervensi juga hendaknya mengikuti proses intervensi yang dilalui oleh anak. Coogler et al. (2013) mengidentifikasi partisipasi keluarga selama intervensi anak yang dilakukan oleh terapis yaitu: 1) Memfasilitasi perkembangan anak, sebesar 29%; 2) Sharing informasi dengan terapis, sebesar 25%; 3) Mengobservasi anak dan terapis, sebesar 19%; 4) Mempelajari keterampilan baru, sebesar 15%; dan 5) Berpartisipasi secara minim, sebesar 12%. Memfasilitasi

perkembangan anak dilakukan keluarga melalui interaksi dengan anak. Keluarga bekerja demi anak dalam kaitannya untuk komunikasi, tatapan mata, permainan interaktif dan perilaku, membantu melengkapi tugas, dan terlibat dalam permainan dengan anak. Sharing informasi dengan terapis, yaitu keluarga memberikan informasi terbaru tentang progress anak. Mengobservasi anak dan terapis, yaitu keluarga hadir selama sesi intervensi. Mempelajari keterampilan baru, yaitu keluarga mempelajari keterampilan-keterampilan yang belum dipelajari dan strategi instruksional untuk meningkatkan perkembangan anak. Berpartisipasi secara minim, yaitu keluarga tidak melakukan apapun selama intervensi dan berada di lokasi yang terpisah dengan anak ketika diberikan intervensi. Sikap dan perilaku keluarga yang tidak berpartisipasi ini tidak boleh dilakukan karena tidak dapat membantu anak untuk mengembangkan potensinya secara optimal. Keluarga bersama terapis, ditambah lagi guru apabila anak mengikuti program sekolah harus berkolaborasi demi progress anak.

Frey et al. (2015) menyampaikan bahwa adanya kolaborasi antara keluarga di rumah, terapis yang melakukan intervensi dan pihak sekolah merupakan

langkah pertama bagi kesuksesan anak ASD. Keluarga, terapis, dan guru bekerja bersama sebagai tim untuk mengajarkan target keterampilan umum seperti mengikuti perintah, melakukan pekerjaan sendiri, dan bergaul dengan teman.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan peran keluarga dalam mengembangkan potensi anak ASD antara lain sebagai: 1) *Planner*, yaitu (a) memiliki komitmen untuk menerima keadaan anak, berkomitmen untuk mendidik, melindungi atau mengayomi, dan mengasuh anak, (b) memikirkan beberapa alternative intervensi yang dapat diberikan bagi anak, (c) menganggarkan alokasi dana untuk memberikan intervensi bagi anak kepada ahli; 2) *Executor*, yaitu bersama-sama dengan tim atau guru, terapis, dan pihak lain yang relevan berhubungan dengan anak menentukan intervensi yang tepat bagi anak; 3) *Implementer*, yaitu (a) bersama-sama tim mengembangkan potensi anak sesuai *learning outcome* yang dapat dicapai dengan menemukan minat dan bakat anak, (b) melakukan monitoring perkembangan anak dari waktu ke waktu, dan (c) menjadi model atau memberikan teladan sehingga ditiru oleh anak; 4) *Evaluator*, yaitu mengevaluasi atau menilai perkembangan atau kemajuan perkembangan berupa

learning outcome yang dapat dicapai oleh anak; dan 5) *Follow up*, yaitu merencanakan untuk memperbaiki tingkat pencapaian potensi anak yang dapat berkembang secara optimal.

3. Kesimpulan

Anak dengan *autism spectrum disorder* (ASD) mempunyai potensi yang dapat dikembangkan. Pencapaian anak ASD tidak dapat lepas dari peran keluarga. Adapun peran keluarga dalam mengembangkan potensi anak ASD antara lain sebagai: 1) *Planner*, yaitu (a) memiliki komitmen untuk menerima keadaan anak, berkomitmen untuk mendidik, melindungi atau mengayomi, dan mengasuh anak, (b) memikirkan beberapa alternative intervensi yang dapat diberikan bagi anak, (c) menganggarkan alokasi dana untuk memberikan intervensi bagi anak kepada ahli; 2) *Executor*, yaitu bersama-sama dengan tim atau guru, terapis, dan pihak lain yang relevan berhubungan dengan anak menentukan intervensi yang tepat bagi anak; 3) *Implementer*, yaitu (a) bersama-sama tim mengembangkan potensi anak sesuai *learning outcome* yang dapat dicapai dengan menemukan minat dan bakat anak, (b) melakukan monitoring perkembangan anak dari waktu ke waktu, dan (c) menjadi

model atau memberikan teladan sehingga ditiru oleh anak; 4) *Evaluator*, yaitu mengevaluasi atau menilai perkembangan atau kemajuan perkembangan berupa *learning outcome* yang dapat dicapai oleh anak; dan 5) *Follow up*, yaitu merencanakan untuk memperbaiki tingkat pencapaian potensi anak yang dapat berkembang secara optimal.

Daftar Referensi

- Afolabi, OE. 2014. Parents' Involve and Psycho-Educational Development of Learners with Special Educational Needs (SENs): An Empirical Review. *International Journal of Erly Childhood Special Education*, 6 (2): 177-203.
- Ahmed, RA., Rohner, RP. Khaleque., & Gielen, UP. 2010. Parental Acceptance and Rejection: Theory, Measures, and Research in the Arab World. *Onlie Submission*, 1-39.
- Al-Qaisy, LA. 2012. Mothers' Stress in Families of Children with Mental Handicap. *Asian Social Science*, 8 (2): 80-85.
- Ali, Z. 2006. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Amaral, D., Dawson, G., & Geschwind, DH. 2011. *Autism Spectrum Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Amaya, A. C. R., & Tomasini, G. A. 2014. Fostering Awareness and Acceptance of Disability in Mexican Mothers of Autistic Children. *Psychology*, 2014.
- Aydın, A. & Yamaç, A. 2014. The Relations between the Acceptance and Childrearing Attitudes of Parents of Children with Mental Disabilities. *Eurasian Journal of Educational Research*, 54, 79-98.
- Ayuk. 2014. *10 Tokoh Dunia Penyandang Autis*, (Online), (<http://www.top10magz.com/10-tokoh-dunia-penyandang-autis/>), diakses pada 25 Agustus 2016.
- Coogle, CG., Guerette, AR., & Hanline, MF. 2013. Early Intervention Experiences of Family of Children with an Autism Spetrum Disorder: A Qualitative Pilot Study. *Early Childhood Research and Practice*, 15 (1): 1-11.
- Frey, AJ., Walker, HM., Small, JW., Feil, EG., & Forness, S. 2015. First Step to Success: Application to Preschoolers at Risk of Developing Autism Spectrum Disorder. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 50 (4): 397-407.
- Huang, YP., Tsai, WS., & Kellett U. 2011. Father of Children with Disabilities: Encounters with Health Professionals in Chinese Context. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (21): 3287-3296.
- Levitt, S., List, J., Metcalfe, R., & Sadoff, S. 2016. Engaging Parents in

- Parents Engagement Programs. *Society for Research on Educational Effectiveness*, 1-6.
- Paltrow, C. 2015. 4 Ways a Child with Autism Affects Family Life. *Psych Central*. Retrieved on August 23, 2016, from <http://psychcentral.com/blog/archives/2015/02/25/4-ways-a-child-with-autism-affects-family-life/>
- Pomeroy, EC., & Garcia, RB. 2009. *The Grief Assessment and Intervention Workbook: A Strengths Perspective*. USA: Cengage Learning.
- Pratawijaya, S. 2014. *Anak Autis Berprestasi*, (Online), (<http://anakautisberprestasi.blogspot.co.id/>), diakses pada 25 Agustus 2016.
- Rossi, J., Newschaffer, C., & Yudell, M. 2012. Autism Spectrum Disorder, Risk Communication and the Problem of Inadvertent Harm. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 23 (2): 105-138.
- Rotary. 2016. *Disabilitas: Definisi dan Hal yang Berhubungan Dengannya*, (Online), (<http://rotaryclubjakartabatavia.org/disability/>), diakses pada 24 Agustus 2016
- Solek, P. 2016. *Autisme dan Kelainan yang Menyerupai Autisme*. Disampaikan dalam Pelatihan Two Weeks Intensive Training on Children with Special Needs, pada 12-24 Mei 2016. Bandung: The Learning Center.
- Solek, P. 2016. *Pendidikan dan Masa Depan Autism Spectrum Disorder..* Disampaikan dalam Pelatihan Two Weeks Intensive Training on Children with Special Needs, pada 12-24 Mei 2016. Bandung: The Learning Center.
- Sunaryo, A. 2013. *Kisah Kesabaran Ibu Rawat Anak Autis hingga Sukses jadi Pelukis*, (Online), (<http://www.merdeka.com/peristiwa/kisah-kesabaran-ibu-rawat-anak-autis-hingga-sukses-jadi-pelukis.html>), diakses pada 25 Agustus 2016.
- Suprajitno. 2003. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Surbakti. 2009. *Kenalilah Anak Remaja Anda*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Tait, KT., & Mundia, L. 2012. The Impact of A Child with Autism on the Bruneian Family System. *International Journal of Special Education*, 27 (3): 199-212.
- Worth, S. 2005. *Autistic Spectrum Disorders*. New York: Continuum.
- Zager, D. 2005. *Autism Spectrum Disorder: Identification, Education, and Treatment third edition*. London: Lawrence Erlbaum Associates.